

## Question 1 relative à la prise en charge

### Comment réaliser une évaluation nutritionnelle dans un centre de traitement Ebola (CTE) ?

#### *Quels aspects faut-il prendre en compte dans l'évaluation nutritionnelle ?*

Il importe de réaliser une évaluation nutritionnelle complète pour recueillir les informations nécessaires à la prestation de soins nutritionnels individualisés et de qualité aux patients pris en charge dans les CTE. Cette évaluation doit prendre en compte les **besoins et les préférences alimentaires** du patient ainsi que la nécessité **d'une aide à l'alimentation**.

Elle doit être menée au plus vite après l'admission du patient. Le moment choisi pour réaliser l'évaluation peut varier en fonction de l'état clinique du patient et de la disponibilité du personnel (il convient de consacrer suffisamment de temps à l'évaluation afin de recueillir avec précision toutes les informations importantes).

La prise en charge nutritionnelle des patients admis dans les CTE doit faire l'objet d'un suivi rigoureux et être adaptée en fonction des besoins. Il est essentiel, dans le cadre de cette prise en charge, de réévaluer régulièrement les besoins du patient ainsi que ses préférences (voir la question G4 de la section relative aux généralités). Cette évaluation nutritionnelle peut être réalisée par tout agent de santé ayant suivi une formation appropriée. Il convient de confier la responsabilité des évaluations nutritionnelles à un membre du personnel afin de s'assurer qu'elles sont systématiquement effectuées.

#### **1. Besoins alimentaires**

La prise en charge nutritionnelle des patients admis dans les CTE doit répondre aux besoins nutritionnels et alimentaires de base et compenser ou minimiser les effets de la MVE.

Les besoins alimentaires sont déterminés à partir des paramètres suivants<sup>1,2</sup> :

- Âge
- État nutritionnel (par exemple, le patient souffre-t-il de malnutrition ou d'anémie ? voir le Tableau 1 ci-dessous)
- Comorbidités préexistantes (diabète, hypertension, handicap physique, etc.)
- Niveau de déshydratation
- Gravité de la maladie
- Présence d'un trouble métabolique et/ou d'un déséquilibre électrolytique
- Appétit
- Capacité à manger et boire/difficultés à déglutir
- Pour les enfants âgés de moins de 2 ans : Mode d'allaitement – exclusif, mixte (allaitement et autre lait), partiel (allaitement et aliments complémentaires) ou pas d'allaitement actuellement.

Lorsque l'état clinique d'un patient permet de le nourrir, il est essentiel d'évaluer sa tolérance à la nourriture<sup>3</sup> ainsi que son appétit. Cette évaluation permet de déterminer : 1) si le corps du patient peut

supporter une prise orale (tolérance à la nourriture) ; et 2) si le patient est prêt à/souhaite manger et boire (appétit). Il est également important d'évaluer la capacité physique du patient à manger et d'identifier les difficultés et les obstacles, en dehors de l'appétit, qui pourraient l'empêcher de se nourrir (voir ci-dessous pour en savoir plus sur l'aide à l'alimentation). Ces facteurs permettront de choisir le régime adéquat (liquide, semi-solide, solide). Dès que possible, évaluez la tolérance du patient à la nourriture ainsi que son appétit en lui proposant un repas normal à des heures fixes (pour en savoir plus, consulter les annexes 1 et 2).

Pour les enfants âgés de moins de 6 mois, évaluez leur tolérance à la nourriture et leur appétit au moment de l'allaitement ou en remplaçant le lait maternel par un substitut.

### ***2. Préférences alimentaires***

Les patients sont plus susceptibles de manger des aliments qui correspondent à leurs goûts et à leurs habitudes. Grâce à ces aliments, les patients s'alimenteront mieux et laisseront moins de restes à leur chevet (réduisant ainsi la quantité de matières dangereuses et la charge de travail des équipes de prévention et de lutte contre les infections). Le fait de recevoir et de consommer des produits qu'ils aiment peut également contribuer à améliorer leur état d'esprit.

Il convient de demander aux patients quels sont les aliments et les boissons qu'ils apprécient et qu'ils n'apprécient pas, afin de tenir compte, dans la mesure du possible, de leurs préférences lors de la planification des repas et des recettes (voir la question PC4 de la section relative à la prise en charge pour en savoir plus sur les préférences des patients). Les aliments et les boissons qui ne sont pas consommés doivent être consignés. Les équipes doivent essayer de comprendre pourquoi ils n'ont pas été consommés.

### ***3. Besoins spécifiques d'aide à l'alimentation***

Les patients atteints de la MVE peuvent être très faibles et gravement malades et, par conséquent, avoir besoin d'une assistance pour s'alimenter et s'hydrater. Les jeunes enfants en particulier ont souvent besoin d'aide pour manger et boire, car ils sont généralement séparés de leurs parents et des personnes qui s'occupent habituellement d'eux.

Le soutien dont les patients ont besoin peut grandement varier en fonction de leur état clinique et de leurs besoins alimentaires. Certains patients peuvent avoir besoin d'équipements et de matériels spécifiques pour les aider à se positionner (par exemple, un soutien d'assise ou un coussin qui peuvent être facilement aseptisés) ou à s'alimenter (par exemple, une paille, un gobelet et une cuillère). D'autres patients peuvent avoir besoin qu'un soignant les aide directement à effectuer leurs mouvements (donc, d'une aide à l'alimentation). Dans certains cas, les patients peuvent avoir besoin d'un traitement médicamenteux pour les aider à s'alimenter (par exemple, des médicaments contre les nausées ou les brûlures d'estomac)<sup>4</sup>.

L'état des patients doit être évalué au moment de leur admission, puis quotidiennement. Cette évaluation permet de déterminer l'aide dont ils ont besoin et de faciliter leur alimentation. Voir l'annexe 3 sur

l'évaluation de l'aide à l'alimentation.



Exemples de dispositifs de soutien physique qui permettent de faciliter l'alimentation des patients<sup>1</sup>

**Comment réaliser une évaluation nutritionnelle ?**

L'état nutritionnel du patient est évalué à partir de son poids, de l'indice anthropométrique adapté à son âge (voir le tableau 1) et de la présence ou non d'un œdème de dénutrition.

Les patients identifiés comme souffrant de malnutrition aiguë doivent être pris en charge conformément au protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë, tout en tenant compte du fait que le patient est atteint de la MVE<sup>2</sup>.

**Tableau 1. Indices anthropométriques recommandés pour l'évaluation de l'état nutritionnel du patient et classification de l'état nutritionnel correspondant en fonction de l'âge**

Catégorie d'âge	Indices anthropométriques	Classification de l'état nutritionnel
Enfants âgés de moins de 6 mois	Indice poids-pour-âge	<a href="https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-age">https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-age</a>
	Indice poids-pour-taille	<a href="https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height">https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height</a>
Enfants âgés de 6 à 59 mois	Périmètre brachial	Malnutrition aiguë sévère : <115 mm Malnutrition aiguë modérée : entre 115 et 125 mm Absence de malnutrition aiguë : >125 mm
	Indice poids-pour-taille	<a href="https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height">https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards/weight-for-length-height</a>
Enfants âgés de 5 à 17 ans**	Indice IMC-pour-l'âge	<a href="https://www.fantaproject.org/tools/bmi-look-up-tables">https://www.fantaproject.org/tools/bmi-look-up-tables</a>

Personnes âgées de 18 ans et plus*	IMC = poids (kg)/taille (m <sup>2</sup> )	Malnutrition aiguë sévère : <16 kg/m <sup>2</sup> Malnutrition aiguë modérée : entre 16 et 18,5 kg/m <sup>2</sup>
Femmes enceintes	Périmètre brachial	<230 mm <sup>3</sup> , envisager un soutien nutritionnel

IMC = indice de masse corporelle

\* Certaines organisations se fondent sur le périmètre brachial pour les enfants âgés de moins de 6 mois. Pour en savoir plus, consultez le lien suivant :

<https://www.enonline.net/ourwork/research/mami>

\*\*Certains protocoles nutritionnels nationaux se fondent également sur le périmètre brachial pour les enfants âgés de plus de 5 ans et les adultes. Veuillez-vous y reporter si cela s'avère utile et/ou nécessaire.

**REMARQUE :** Les types de mesures qui peuvent être prises dépendent de l'équipement disponible, des effectifs et du nombre de patients ; cependant, il convient de déployer tous les efforts possibles pour prendre des mesures précises afin de permettre une évaluation et un suivi efficaces.

#### *Prise de mesures anthropométriques :*

- **Poids :**

- Peser tous les patients.
- Protéger les balances avec du plastique ; changer le plastique entre chaque patient. En l'absence de plastique, aseptiser la balance entre chaque patient<sup>1</sup>.
- Étalonner régulièrement les balances et les remettre à zéro avant chaque utilisation.

- **Taille :**

- Essayer de déterminer la taille de tous les patients, en particulier des adultes (à l'exception des femmes enceintes), puisque la taille permet de calculer l'IMC.
- Demander sa taille au patient et le mesurer s'il ne la connaît pas ou n'en est pas certain.
  - Utiliser des outils de mesure adaptés à l'âge et à l'état clinique du patient. Pour les patients âgés de 2 ans ou plus qui peuvent se tenir debout, mesurer leur hauteur (lorsqu'ils se tiennent debout) ; pour les patients âgés de moins de 2 ans ou qui ne peuvent pas se tenir debout, mesurer leur longueur (lorsqu'ils sont couchés).
  - Aseptiser les instruments de mesure entre chaque patient.

- **Périmètre brachial :**

- Mesurer le périmètre brachial de tous les enfants âgés de 6 à 59 mois et des femmes enceintes. (REMARQUE : les protocoles nutritionnels de certains pays et de certaines organisations recommandent également d'utiliser le périmètre brachial pour des individus hors de cette catégorie d'âges).
- Utiliser un ruban adhésif jetable par patient. Si ce n'est pas possible, aseptiser le ruban adhésif entre chaque patient.

### Recherche d'un œdème de dénutrition (œdème bilatéral)

- L'œdème bilatéral constitue un signe clinique de malnutrition aiguë, en particulier chez les enfants. L'œdème peut également constituer un symptôme d'autres affections, en particulier chez les adultes. Il convient donc d'examiner attentivement les antécédents médicaux des patients et de toujours leur demander où l'œdème est apparu pour la première fois.
- Rechercher l'œdème bilatéral chez tous les patients, en particulier chez les patients âgés de moins de 5 ans.
- Exercer et maintenir une pression bilatérale pendant quelques secondes, puis rechercher les signes d'un œdème bilatéral, d'abord au niveau des pieds (+), puis du bas des jambes (++) et enfin des bras (+++).

**Tableau 2. Rythme recommandé pour l'évaluation de l'état nutritionnel des patients pris en charge dans les CTE**

	Au moment de l'admission	Au cours de la prise en charge	Au moment de la sortie
<b>Poids</b>	X	Tous les jours ou au moins une fois tous les deux jours*	X
<b>Taille</b>	X		
<b>Indice anthropométrique adapté (voir le tableau 1)</b>	X	En cas de perte de poids ou d'inquiétude après une réévaluation de l'alimentation	X
<b>Œdème bilatéral</b>	X	En cas de perte de poids ou d'inquiétude après une réévaluation de l'alimentation	X

\* Pour les balances suspendues avec un seau/un pantalon : Nettoyer à l'eau et au savon, rincer puis désinfecter avec une solution chlorée à 0,1 % ou avec du Surfianios, si vous en avez. Pour les balances électriques, suivre la même procédure, en veillant toutefois à protéger les composantes électroniques. Il est préférable d'essayer les affichages électroniques plutôt que de les exposer à une quantité excessive

de liquide. (Conseils de Médecins sans frontières en matière de prévention et de lutte contre les infections dans le contexte de la pandémie de COVID-19.)

## ANNEXES

### ANNEXE 1. Conseils pour évaluer la tolérance des patients à la nourriture et l'appétit (pour les enfants âgés de 6 mois ou plus)

Il convient de proposer au patient un repas standard ou local adapté à son âge. Il est possible de demander au personnel local d'apprécier les portions en fonction des pratiques locales.

S'il n'est pas possible de réaliser l'évaluation avec un repas standard ou local, il convient d'utiliser des aliments ou des suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi directement à partir de l'emballage ou préparés en bouillie. Les aliments et suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi ne doivent être utilisés que dans ces circonstances. En effet, les patients ne connaissent généralement pas ces produits et ont des difficultés à les accepter, ce qui peut fausser les résultats de l'évaluation (pour en savoir plus sur la procédure adéquate, consulter le protocole national relatif à la prise en charge de la malnutrition aiguë).

Un patient **ne tolère pas bien la nourriture** s'il montre des signes de mauvaise digestion des aliments ou de la boisson (par exemple, des vomissements, des douleurs abdominales, des flatulences).

L'**appétit** est évalué comme faible, modéré ou bon en fonction de la portion du repas (ou du sachet, dans le cas des aliments et suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi) que le patient parvient à consommer. Il convient en outre d'accorder une attention particulière à la capacité du patient à ingérer des aliments solides. Si le patient présente un bon appétit, mais éprouve des difficultés à ingérer de la nourriture solide, il faut adapter la consistance de sa nourriture (régime liquide, semi-solide ou solide).

Évaluation de l'appétit du patient à partir d'un repas normal :

- Le patient a consommé moins d'un quart du repas = pas d'appétit/appétit faible
- Le patient a consommé entre un quart et trois quarts du repas = appétit modéré
- Le patient a consommé plus des trois quarts du repas = bon appétit (normal)

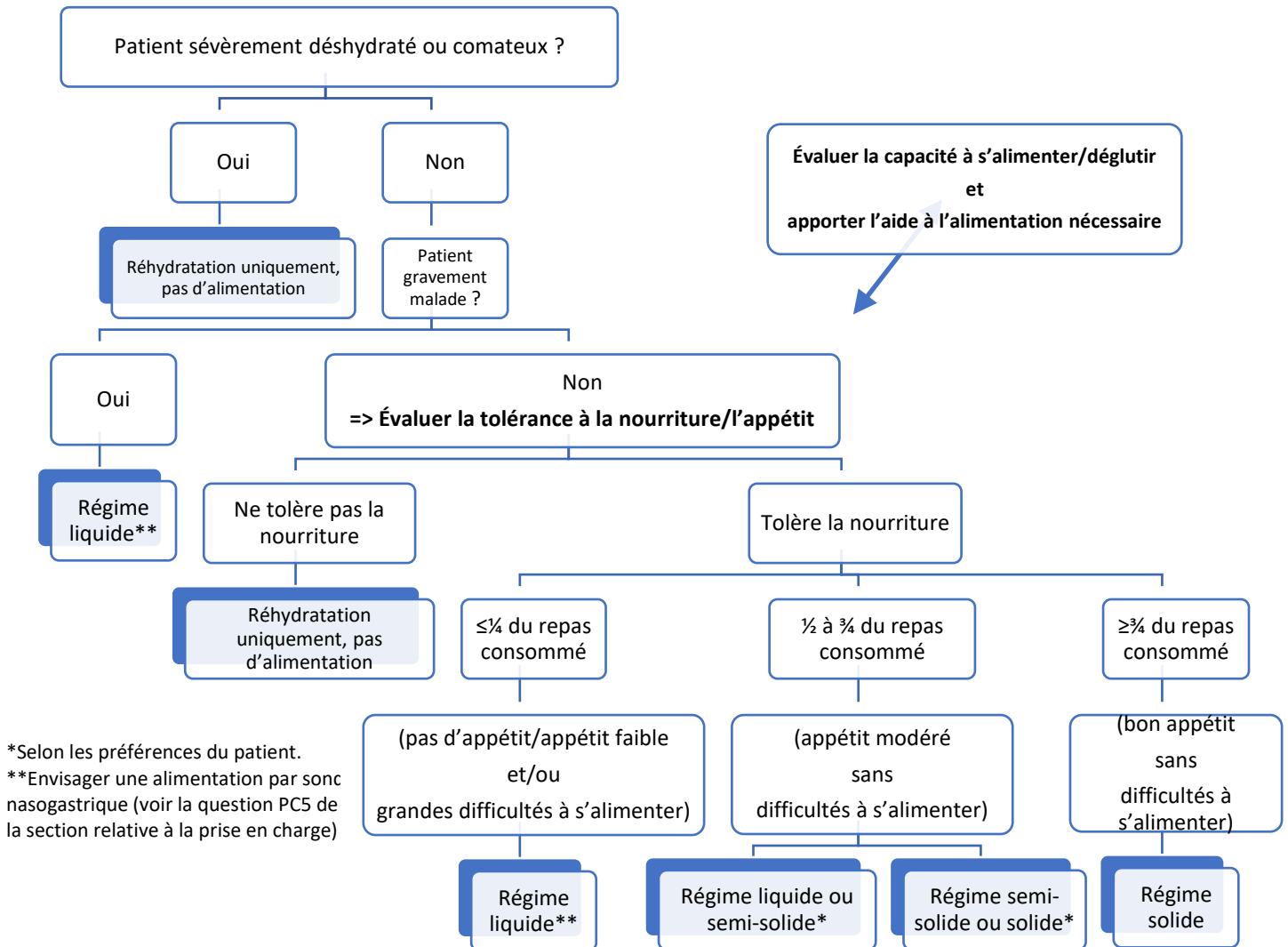
**Tableau 1. Évaluation de l'appétit à partir d'aliments ou de suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi sous forme de pâte, en fonction du poids du patient<sup>5</sup> : (enfants âgés de 6 mois ou plus)**

Poids	Quantité minimale d'aliments ou de suppléments thérapeutiques prêts à l'emploi en sachet (92 g) consommée pour un appétit « normal »
<4 kg	Au moins un huitième du sachet
4 à 6,9 kg	Au moins un quart du sachet
7 à 9,9 kg	Au moins un tiers du sachet
10 à 14,9 kg	Au moins la moitié du sachet
15 à 30 kg	Au moins les trois quarts du sachet

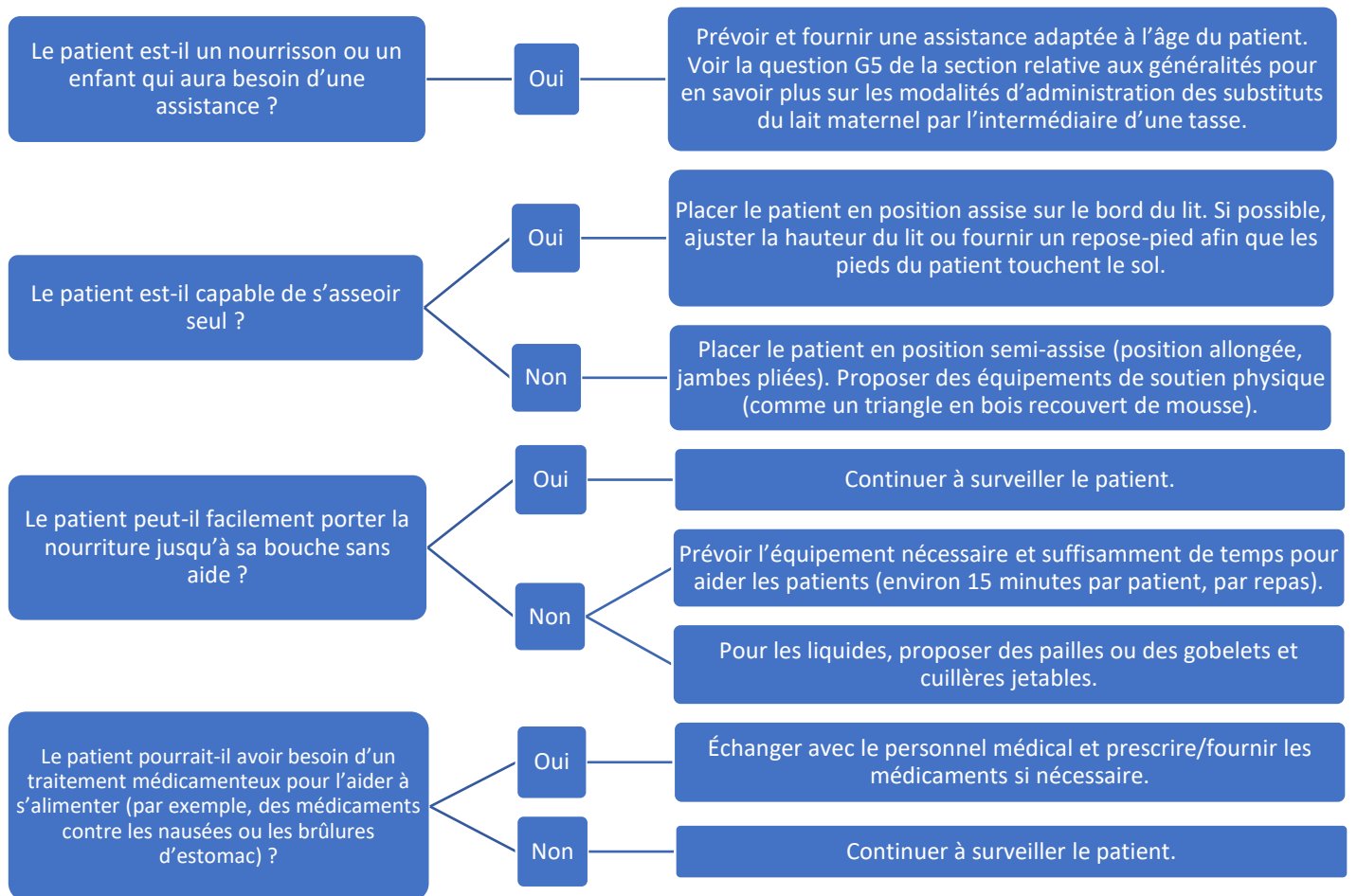




**ANNEXE 2. Évaluation de la tolérance à la nourriture et de l'appétit : arbre de décision**



### ANNEXE 3. Évaluer l'utilité d'une aide à l'alimentation



### Références

1. Comité international de la Croix-Rouge et centres opérationnels de Médecins sans frontières à Bruxelles et Genève. *Nutritional Protocol for Patients Infected with Ebola Virus Disease*. 3<sup>e</sup> éd., 2016.
2. Save the Children. *ETC Nutrition Protocol – Kerry Town Ebola Treatment Centre*. 2<sup>e</sup> éd., 2015.
3. Ministère de la santé de la République démocratique du Congo. *Protocole de soins nutritionnels chez les adultes et les enfants avec maladie à virus Ebola (MVE) hospitalisés aux centres de traitement (CTE)*. Programme national de nutrition « PRONANUT », mené avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2018.
4. GOAL. *International Package of Tools and Protocols for Ebola Treatment Units*. 2014.

5. Ministère de la santé de la République démocratique du Congo. *Protocole de soins nutritionnels dans le contexte de la maladie à virus Ebola*. Programme national de nutrition « PRONANUT », mené avec le soutien du Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2019.